MERCIER-VALANTON, H.

1881

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30577172

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 — N° 411

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 décembre 1881, à 1 heure.

PAR H. MERCIER-VALENTON,
Né aux Sables-d'Olonne, le 27 juin 1855.

ÉTUDE

SUR

LES TUMEURS MALIGNES DES OS DU CRANE

Président : M. DUPLAY, *professeur.*

Juges : MM. TRÉLAT, *professeur*, DIEULAFOY, TERRILLON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon président de thèse

M. Simon DUPLAY,

Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS MALIGNES

DES OS DU CRANE

AVANT-PROPOS.

En faisant les recherches sur le sujet qui va faire l'objet de notre thèse, nous avons été surpris du grand nombre d'écrits qui y ont été déjà consacrés, mais aussi de leur dissémination. Aussi nous nous sommes proposé de grouper tous ces documents, n'ayant pas la prétention d'ajouter aux travaux si remarquables qui ont été faits avant nous. Nous nous efforcerons d'établir une distinction aussi nette que possible entre les tumeurs malignes des os du crâne et ceux de la dure-mère, en faisant ressortir les caractères les plus saillants, et les points les plus importants de leur histoire clinique. Tel est le but que nous allons essayer d'atteindre dans ce modeste travail, suffisamment récompensé, si nous ne nous sentons pas trop au-dessous de la tâche que nous nous sommes imposée.

Nous tracerons d'abord l'historique de la question, puis, après avoir rapidement passé en revue les diverses phases par lesquelles est passé le sujet qui va nous occuper, nous aborderons l'étude générale de la structure des divers néoplasmes que nous sommes sujet à rencontrer; nous décrirons leurs symptômes, leur marche, et, arrivé au traitement, nous aurons cette question à poser et à résoudre d'après les diverses observations laissées par les maîtres : le traitement doit-il être purement et simplement palliatif, ou bien plus résolu et plus énergique? Doit-il s'attaquer à la source même du mal? En un mot, c'est la question de l'intervention chirurgicale que nous aurons à discuter. Certes, pour les cancers des os du crâne, nous trouvons les mêmes indications que pour les autres, mais cependant, vu le siège de la maladie, le doute dans lequel on se trouve souvent au point de vue du diagnostic, de l'origine et de l'étendue du mal, la plus grande réserve est imposée au chirurgien. Aussi nous étendrons-nous un peu longuement sur ce chapitre que nous considérons comme très important; car, si une opération faite à propos peut amener la guérison ou tout au moins retarder l'échéance fatale, une intervention intempestive amènera à bref délai une issue malheureuse : nous en trouvons trop d'exemples dans les annales de la science.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression sincère de notre reconnaissance à M. le professeur Duplay, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE.

Le sujet qui fait l'objet de ce travail a été fort mal connu des anciens, qui sous le nom de « fungi duræmatris » englobaient les tumeurs les plus diverses, aussi bien de la dure-mère que des os du crâne, jusqu'à des hernies cérébrales. Aussi, ne trouve-t-on pas dans les auteurs anciens de description véritablement scientifique de ces tumeurs ; il faut remonter jusqu'à la fin du siècle dernier pour trouver la première monographie de ces affections. Nous voulons parler du mémoire de Louis sur le fongus de la dure-mère. (Acad. de chirurgie t. V, 1774.) C'était le début d'une distinction vraiment anatomique entre les diverses tumeurs, mais avec ce mémoire commençait aussi la discussion sur le siège primitif des fongus, origine qui fut le sujet de nombreuses et vives controverses.

Pour Louis, le fongus de la dure-mère, pour nous servir de son expression, avait nécessairement la dure-mère pour point de départ; ce n'était que plus tard, que secondairement, que les os du crâne étaient atteints et détruits. « L'os, dit Louis, dans son mémoire, est altéré consécutivement par la seule compression de la tumeur fongueuse... Le vice de l'os n'est qu'un effet concomitant ». L'opinion de Louis fut admise sans conteste par tous les chirurgiens de son époque, par S. Cooper, Boyer, etc. Dans son Traité des maladies chirurgicales, t. IV, Boyer écrit : « La tu-

meur agit d'abord sur la table interne de l'os, ensuite portant son action sur la table externe, elle fait au crâne une ouverture, dont la grandeur est proportionnée au volume de la tumeur. » Comme on le voit, d'après ce qui précède, pour l'école de Louis, la destruction du tissu osseux, dans ce cas, était analogue à celle qui a lieu dans les cas de tumeurs anévrysmales ; la compression seule devait être mise en cause.

La théorie de Louis et de son école, quoique acceptée d'abord sans conteste, ne resta pas longtemps maîtresse du terrain. Au commencement du siècle, elle fut battue en brèche par une autre théorie complètement opposée, mais qui elle aussi avait le défaut d'être trop exclusive. Les principaux représentants de cette école, que Vidal de Cassis désigne sous le nom d'école allemande, par opposition à celle de Louis, furent Siebold, Sandifort, Walther, Graffe, etc.

Pour eux le fongus de la dure-mère n'existe pas ! c'est là, dit Walther, « une mauvaise dénomination, née de notions inexactes, et de fausses idées sur la marche des choses. » Et Siebold publiant deux observations, dans lesquelles le diploé s'était trouvé altéré et même complètement perforé, rejette tout à fait la dénomination de fongus de la dure-mère, pour ranger ces affections sous le nom de fongus du crâne. Renversant la théorie de l'école française, l'école allemande plaçait l'origine de ces fongus dans les os du crâne et surtout dans le diploë.

« Ce qui prouve que c'est bien là leur point de départ, disait Walther, c'est que les adhérences entre la tumeur et la dure-mère sont très friables, tandis qu'il

existe une connexion intime entre l'os et le fongus. De plus, ajoutait-il, ce point de départ explique pourquoi la face interne de la dure-mère n'est jamais atteinte. » Nous ne nous arrêterons pas à relever cette dernière erreur, qui était aussi bien partagée par l'école française que par l'école allemande ; les recherches de Cruveilher et de nombreuses observations en ont fait justice.

Lassus (Pathol. chirurg., t. I) essaya de concilier ces deux opinions extrêmes en démontrant l'origine multiple des fongus et, à l'appui de son dire, il rapporte un cas dans lequel le péricrâne était le point de départ. En 1832, Chélius (Pathol. chirurg., t. II) reprit l'opinion de Lassus ; il était, en effet, aussi inexact d'adopter l'une que l'autre. Ce qui amena une telle divergence entre les deux écoles, c'est que les cas rapportés par Louis n'appartenaient qu'aux fongus de la dure-mère, tandis que les observations de Siebold, Wather et Graefe n'appartenaient qu'aux fongus du crâne ; on ne peut donc pas réfuter une théorie l'une par l'autre. « Il faut établir, dit Chélius, entre le fongus du crâne et le fongus de la dure-mère la même différence qu'entre les dégénérescences analogues que nous retrouvons dans les autres os ; on voit en effet, dans certains cas, se développer des tumeurs entre le périoste et l'os, l'os n'étant affecté que secondairement, tandis que dans d'autres cas, ce sont les os qui sont le siège primitif de la dégénérescence. »

Pour établir d'une façon incontestable l'origine multiple de ces tumeurs, il rapporte quatre observations : dans la première, le fongus naissait de la dure-mère ;

dans la seconde, il naissait du péricrâne et des os dans les deux dernières. (Archives générales de médecine, 1832.)

Les idées de Chélius ont été pleinement confirmées par les travaux de Velpeau, de Cruveilhier (Anat. pathol.), et aujourd'hui l'origine multiplie de ces tumeurs ne saurait faire l'objet d'un doute ; les fongus de la dure-mère et des os du crâne forment deux classes parfaitement distinctes, et doivent être décrits séparement.

ÉTIOLOGIE.

Comme pour toutes les tumeurs cancéreuses, l'étiologie du cancer des os du crâne est obscure et presque inconnue. Tous les âges y sont exposés; d'après la statistique dressée par Velpeau et reposant sur quarante observations, le maximum de fréquence serait de 20 à 40 ans (Dictionnaire en 30 vol., art. Dure-mère); ils sont rares au-dessous de 10 ans : on en rencontre cependant. Ainsi, Ebermaïer (Journal complémentaire, t. XXXIV) cite le cas d'un entant de 4 ans et Henkel (Arch. gén. de méd., 1832) celui d'un enfant de 2 ans.

Là, comme ailleurs, on a invoqué le traumatisme, chocs, contusions; cette cause, qui pour Louis est démontrée, ne saurait être admise qu'à titre de cause occasionnelle.

Il existe, en effet, tant de cas de contusion sans cancer consécutif, et, d'autre côté, tant de cancers se développent sans qu'on puisse les rapporter à une cause appréciable, qu'il faut remonter plus haut, et nous dirons, avec Billroth, qu'il y a « pour la formation de « ces tumeurs une diathèse spécifique générale aussi « bien qu'il y a une diathèse scrofuleuse, rhumatis- « male, et qu'il faut chercher la cause première de la for- « mation des tumeurs dans les propriétés spécifiques « de toute l'organisation individuelle. » (Billroth, *Traité de pathol. chirurg.*)

Sans exagérer l'importance de l'hérédité, nous devons en tenir compte, car, là comme dans les autres cas, elle tient sa place. On a fait également intervenir dans l'étiologie la scrofule, la syphilis; nous les trouvons mentionnées parmi les antécédents, dans plusieurs observations, notamment par Wentzel, par Walther, et par Shindler. (*Mémoire d'Ebermaïer*. — *Journal compl.*, t. XXXIV.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'aller plus loin, nous rappellerons en quelques mots la structure de la boîte crânienne ; le crâne est formé par la réunion d'os plats, c'est-à-dire constitués par deux lames résistantes de tissu compacte, séparées l'une de l'autre par une lame mince de tissu spongieux ou *diploé*. Le diploé forme une trame très vasculaire, et c'est pour cela que Flourens le considérait comme jouant vis-à-vis des os du crâne le rôle de membrane nourricière. Ce n'est pas sans raison que nous signalons cette vascularité ; cela est d'une certaine importance au point de vue de l'origine des cancers :

« Les points de départ histologiques du cancer, « dit Lebert (*Cancer du tissu osseux*), sont rigoureuse- « ment déterminés par la distribution vasculaire ; c'est « ainsi que les deux points de départ principaux sont « la surface périostale et le diploé. Comme il y a aussi « une distribution vasculaire autour des canaux de la « substance corticale des os, cette portion peut à la « rigueur devenir le siège primitif du cancer. » En résumé, le point de départ est plus fréquent dans le diploé et le péricrâne, mais il se trouve également dans les os.

Les caractères anatomiques de ces diverses tumeurs n'ont été décrits que depuis peu ; pendant longtemps,

on s'est contenté de dire qu'elles étaient fongueuses, sarcomateuses, etc., sans préciser davantage. Jobert, Malespine et Velpeau les considéraient comme formées essentiellement par du tissu cancéreux. Les progrès de l'anatomie pathologique ont démontré depuis l'existence d'autres variétés néoplasiques.

Dans les os du crâne comme dans les os plats, on peut voir toutes les variétés de cancer, mais celle qui est la plus fréquente est sans contredit l'encéphaloïde, que la tumeur soit un sarcome ou un carcinome ; il suffit pour s'en convaincre de lire les nombreuses observations qui nous ont été transmises. Viennent ensuite les sarcomes fasciculés, tumeurs fibro-plastiques de Lebert ; il est une variété à qui sa couleur spéciale a valu le nom de *chloroma*, mais qui, nous le verrons plus tard, ne saurait pour cela former un groupe à part.

Nous ne parlerons pas ici des *tumeurs myéloïdes*, que l'on a rencontrées quelquefois sur les os du crâne ; Paget en cite deux cas (*Lecture on Tumours*, *A.II*). Bien qu'elles tirent de leur siège une certaine gravité, elles ne sauraient être admises parmi les tumeurs malignes, tumeurs chez lesquelles la récidive locale ou à distance et l'infection de l'économie sont la régle.

Avant de faire une étude rapide de ces tumeurs, renvoyant pour les détails aux traités d'histologie pathologique, nous allons faire brièvement la description de leurs caractères généraux, au point de vue de leur naissance nous les diviserons :

1° En *périphériques*, c'est-à-dire naissant soit du

périoste même, soit des couches les plus superficielles de l'os.

2° *Centrales*, c'est-à-dire naissant du *diploé*.

Tumeurs périphériques. — Elles naissent le plus souvent de la couche ostéogène du périoste; assez fréquemment multiples au début, elles deviennent confluentes par la suite. Lebert cite un cas de ce genre : plusieurs tumeurs parurent à la face externe des os du crâne, elles devinrent confluentes par la suite, et ne parurent former qu'un seule et unique tumeur. Dans une observation qui nous est personnelle, on peut voir un fait analogue.

Un des caractères les plus remarquables de ces tumeurs est leur grande tendance à l'ossification, tendance qui, sans nul doute, tient à leur siège. Cette ossification se fait généralement sous forme d'aiguilles osseuses traversant le néoplasme et disposées perpendiculairement à la surface sur laquelle elles sont implantées; les intervalles qui les séparent sont formés par le tissu propre de la tumeur. Il résulte de ceci que les tables de l'os végétant et le *diploé* restant intacts, la perforation du crâne n'est ici que purement accidentelle et fait souvent défaut. En voici un bel exemple, rapporté par Ebermaïer :

Obs. I. — Un enfant de 4 ans était porteur d'une tumeur siégeant au-dessus de l'angle externe de l'œil droit; cette production morbide avait fini par acquérir la moitié du volume de la tête. La mort survint par épuisement. A l'autopsie on trouva une masse offrant l'aspect de la substance cérébrale parsemée d'aiguilles osseuses et de travées perpendiculaires à la surface de l'os, qui dégénéraient peu à peu en tissu cellulaire. Il n'existait aucune perforation des

os du crâne. A la face interne de la dure-mère était une tumeur analogue sans continuité ou contiguïté avec la précédente. (*Journal complém.*)

Tumeurs centrales. — Elles se développent aux dépens du diploé, et elles revêtent le plus souvent la forme encéphaloïde, souvent très vasculaire (*fongus hématode*) ; elles ont une grande tendance à raréfier et à détruire les tissus voisins. Tandis que les tumeurs périphériques s'ossifient ou se calcifient, les tumeurs centrales ont plus de tendance à subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Elles peuvent être enkystées ou diffuses :

Les tumeurs enkystées sont constituées par une masse plus ou moins volumineuse qui envahit l'os dans toute son épaisseur, le renfle en forme de fuseau (*spina ventosa*), en repoussant devant elle une coque osseuse, qu'elle peut à la longue finir par perforer.

Cette coque n'est point, comme on pourrait le croire, le tissu osseux repoussé ; elle est de formation récente, sécrétée par le périoste.

Quant aux tumeurs diffuses, elles se présentent sous la forme de plusieurs masses morbides disséminées au milieu du tissu osseux plus ou moins raréfié.

Nous allons maintenant passer en revue les formes les plus fréquentes des diverses tumeurs malignes des os du crâne.

Tumeurs encéphaloïdes. — Ces tumeurs comprennent le fongus médullaire et le fongus hématode des anciens. Ces dénominations, comme nous allons le voir, dans

un instant, désignaient deux états différents de l'encéphaloïde. Ce sont des tumeurs riches en vaisseaux offrant assez bien l'aspect du tissu cérébral et à la fois par sa mollesse spéciale et par sa couleur; elles sont constituées par des élément cellulaires arrondis, très petits, unis entre eux par une substance fondamentale molle, ce qui leur donne une consistance assez faible. Avec ces caractères, elles forment le fongus médullaire des anciens.

Les parois des nombreux vaisseaux qui parcourent ces tumeurs sont formées par des cellules embryonnaires et par suite très fragiles (*Cornil* et *Ranvier*). Aussi « ces vaisseaux artériels se laissent souvent désor- « ganiser, se rompent et donnent lieu à des hémorrahgies « interstitielles, comparables à des apoplexies, le sang « extravasé se creuse dans la substance molle de la « tumeur des foyers où il se coagule, ou reste à l'état « liquide; et alors, communiquant avec la cavité des « artères, il peut imprimer à la tumeur des mouve- « ments d'expansion isochrones aux battements du « pouls. » (Broca, *Traité des humeurs*,) Cette forme, qui constitue le *fongus hématode*, par suite de sa structure caverneuse, du souffle et des battements, qu'on y trouve parfois, donne lieu à des méprises sembables à celle que Cruveilhier rapporte (*Anat. path.*, t. III), et dont voici le résumé :

Obs. II. — Il s'agissait d'une femme âgée de 64 ans, porteuse d'une tumeur volumineuse occupant la moitié droite de la face et du crâne. Cette tumeur, d'une consistance molle et pâteuse, présentait des pulsations et un bruit de souffle continu, avec des alternatives de renforcement excessivement intenses. On diagnosti-

qua un anévrysme. La mort arriva subitement. A l'autopsie, on se trouva en présence d'une tumeur encéphaloïde très vasculaire développée aux dépens des os du crâne, et enchâssée dans sa circonférence dans les débris des os : frontal, pariétal et occipital. Le péricrâne formait la coque de la tumeur. La table interne, qui avait plus résisté à la destruction constituait de larges écailles, minces et flexibles, à bords dentelés irréguliers, et formait seule la paroi dans une assez grande étendue. La tumeur était formée par une masse carcinomateuse, couleur lie de vin foncée ; les parties les moins ramollies étaient formées par une charpente celluleuse, résistante, et étaient traversées par des conduits vasculaires sans parois distinctes ; le reste de la tumeur se présentait sous l'aspect d'une bouillie couleur lie de vin. »

Tumeurs fibro-plastiques. — Ce fut Lebert qui, le premier, attira l'attention sur ces tumeurs, et insista particulièrement sur leur structure ; il signala leur fréquence. On les rencontre relativement souvent sur les os du crâne. Sur les cinq observations de tumeurs crâniennes rapportées par Lebert (Anat. path.), il y a un cas de tumeur fibro-plastique occupant la voûte crânienne et provenant du péricrâne. Dans la thèse de Carrera, sur sept cas de tumeurs fibro-plastiques occupant les os larges, il y a deux cas pour la voûte du crâne. (Carrera. Essai sur les tumeurs fibro-plastiques des os. — Thèse de doctorat, 1865.)

Ces tumeurs sont le plus souvent sous-périostiques ; elles ont une consistance variable. Quant à leur structure, elles sont constituées par des cellules fusiformes à deux extrémités allongées, parfois ramifiées entre elles avec des travées de tissu fibreux.

Chloroma ou cancer vert. — Nous avons déjà déclaré plus haut que ce n'était pas là un groupe à part, nous

en dirons cependant quelques mots. Outre sa coloration variant du vert jaune au vert pré le plus foncé, cette variété est remarquable par la rapidité de sa marche, par sa généralisation et sa multiplication au voisinage du point primitivement attaqué. Aran a publié dans les Archives de médecine (oct. 1854) un mémoire sur le chloroma, basé sur quatre observations dont une personnelle. Nous allons donner un résumé de deux de ces intéressantes observations; par elles on pourrait voir qu'il n'y a pas là un groupe spécial; dans l'observation d'Aran, le chloroma par ses caractères peut se rattacher aux tumeurs, cancers; et dans celle de King aux tumeurs fibro-plastiques.

Obs. III. — Un jeune homme de 17 ans est pris, au milieu d'une santé la plus parfaite, de paralysie de la face, puis de surdité, d'épistaxis et de céphalalgie. A ces symptômes viennent s'ajouter une légère exophthalmie et quelques douleurs dans le côté de la face paralysé. A ces phénomènes principaux viennent se joindre des difficultés dans l'émission de l'urine. Les urines sont chargées de pus et de fausses membranes, avec douleur venant de l'hypogastre; il y a du gonflement de l'épididyme gauche.

A l'autopsie on trouve, à la face externe de la partie supérieure du frontal, une plaque formée par une substance d'un gris vert; à gauche de la ligne médiane, on voit une plaque semblable; il y en a encore une en formation à la partie antérieure et externe du pariétal gauche. Entre la dure-mère et la boîte crânienne, ayant détruit la dure-mère sur certains points, des tumeurs verdâtres d'une forme et d'une consistance particulière. Sur la face interne du crâne, à droite et à gauche de la ligne médiane, il existe des excavations remplies par des tumeurs; il existe également de nombreuses plaques verdâtres sur le pariétal gauche; autour des plus anciennes, on voit une injection sanguine par pointillé. A la base de ce crâne, on voit de ces productions sur deux ou trois points, la voûte orbitaire gauche, à gauche, et en avant de la base du rocher, et sur la portion écailleuse du temporal, l'os est cor-

rodé sur une étendue de 1 centimètre sur 1 de large. Sur la surface externe de la dure-mère, sur la partie correspondante à la suture sagittale, on voit une suite de plaques à des degrés divers de développement. Des tumeurs identiques furent rencontrées aux reins et à l'épididyme. L'examen de ces tumeurs fut fait par Lebert; en voici le résumé :

Elles présentaient des différences suivant les différents points où elles étaient situées. Celles de la surface de la dure-mère sont vert plus foncé; elles ont une coloration vert pré; sur une coupe fraîche, elles présentaient l'aspect d'une substance homogène, d'une mollesse élastique, qui à la pression fournissait un suc trouble de couleur verte. Ce tissu jaune verdâtre devait en partie sa coloration à l'existence de matières grasses se présentant sous l'aspect de vésicules opalisantes offrant tous les caractères des vésicules graisseuses, et n'en différant que par leur coloration. Lebert trouva des cellules cancéreuses à noyaux, la plupart rondes et régulières; il y avait également des noyaux libres, aux contours très marqués; un petit nombre d'entre eux offraient des nucléoles brillants. « Bien que ces cellules, dit Lebert, n'offrent pas le plus beau type de la cellule cancéreuse, elles sont cependant assez caractérisées pour qu'on ne puisse les rapporter à aucune autre affection. » (Aran, Mémoire. *Arch. gén. de médecine.*)

Obs. IV. (King, rapportée par Aran.) — King fut consulté pour une enfant de 10 ans ayant des tumeurs multiples au crâne, auxquelles elle ne tarda pas à succomber; la couronne crânienne était tapissée de tumeurs de dimensions variables, dont la plus petite avait au moins le volume double de celui d'une fève; elles avaient une coloration vert jaunâtre. Les fosses temporales étaient occupées par des tumeurs analogues, et les temporaux étaient remplacés par cette substance; également les orbites étaient envahies par cette production, qui avait chassé les yeux en dehors. Toutes les parties contenues dans l'orbite étaient converties dans cette substance, à l'exception de l'œil, de ses muscles, et du nerf optique. Les os entrant dans la compositon de l'orbite étaient tous plus ou moins altérés, des pointes osseuses se projetaient dans l'intérieur des tumeurs, et telle était la connexion des parties molles et des parties dures, qu'on n'eût pu les séparer sans macération prolongée. Les muscles orbitaires n'existaient plus. On vit des productions identiques à la face interne de la dure-mère.

Toutes ces masses morbides présentaient le même caractère ; à la coupe, elles offraient, comme à l'extérieur, une coloration vert jaunâtre, une consistance parfaitement homogène ressemblant à celle de l'albumine coagulée. Quant à leur structure, elles présentaient des masses de granules irréguliers, mélangés à des fibres imparfaites; dans certains points, il y avait une disposition à un arrangement fibreux plus marqué ; les fibres les plus longues paraissaient se réunir et se subdiviser. On se trouvait là probablement en présence d'une tumeur fibreuse en formation. L'analyse chimique faite, il est vrai un peu tardivement, ne donna pas de renseignements sur la coloration particulière de ces tumeurs.

Les tissus avoisinant le néoplasme présentent des altérations plus ou moins profondes ; nous allons rapidement les passer en revue :

Lorsque la table interne de l'os a disparu, la dure-mère s'épaissit, se vascularise, et il se produit alors des exsudations, exsudations qui finissent par amener entre la dure-mère et la tumeur des adhérences plus ou moins résistantes. D'un autre côté, si la compression produite sur les méninges est assez forte pour gêner la circulation veineuse, il peut se faire une exsudation de sérosité dans les ventricules, où l'on peut trouver jusqu'à 100 et 120 grammes de liquide. (Lebert.)

C'est surtout sur les portions osseuses environnantes que l'on rencontre les lésions les plus accusées : on y voit les traces d'un travail inflammatoire; c'est généralement les lésions de l'ostéite raréfiante que l'on trouve, avec formation et élimination de séquestre, d'où perforation; ces perforations sont le plus souvent irrégulières, présentant des dentelures, des anfractuosités. Suivant que l'on a affaire à un ostéo-sarcome ouà un ostéo-carcinome, les lésions peuvent différer.

« La tumeur sarcomateuse, dont la croissance est principalement autogène, reste parfaitement distincte à la périphérie du tissu osseux sain ; par contre, le carcinome, dont la croissance est surtout périphérique, infiltre l'os de plus en plus et donne lieu, dans le tissu osseux, à l'atrophie, au ramollissement, à la disparition complète ; l'os carcinomateux offre le même aspect que l'os carié : il est corrodé, aminci. » (Billroth.)

Siège. — Tous les os du crâne peuvent être affectés par ces productions morbides, mais on les rencontre plus souvent à la voûte crânienne, et sur les parties latérales ; leurs sièges de prédilection sont par ordre de fréquence : la région pariétale, puis les régions temporale, frontale et occipitale ; on en a également trouvé dans les régions orbitaires. Demarquay rapporte quatre cas de tumeurs cancéreuses de l'orbite (Traité des tumeurs de l'orbite) et Lebert (Physiologie pathologique) cite un cas de tumeur fibro-plastique. La base du crâne y est moins sujette : nous en avons cependant trouvé un certain nombre de cas. Cruveilhier a rencontré une tumeur cancéreuse presque à l'état naissant sur la paroi crânienne du rocher ; et Texier a présenté, en 1834, à la Société anatomique une tumeur de la base du crâne comprimant la partie droite de la protubérance, chez une femme atteinte d'hémiplégie incomplète du côté gauche, tumeur qui fut regardée par Bérard et Cruveilhier comme un encéphaloïde ; enfin dans les cinq cas de tumeurs crâniennes rapportées par Lebert dans son Anatomie phathologique, le cinquième cas est celui d'un polype cancéreux

sortant par les fosses nasales et prenant son point d'implantation sur la face interne de la base du crâne.

Nombre. — Ces tumeurs sont rarement uniques : on en trouve assez souvent sur plusieurs points du crâne, à la fois comme dans l'observation de Camerarius, dont nous donnons un court résumé.

Obs. V. — « Un enfant était porteur d'une tumeur fongueuse au front ; on l'incisa et la mort survint trois jours après. A l'autopsie, on trouva sur toute la tête un grand nombre de tumeurs analogues à la première Les os offraient une anomalie remarquable : partout où il y avait des tumeurs en dedans ou en dehors du crâne, saillaient une foule d'esquilles osseuses et pointues, serrées les unes contre les autres ; elles s'élevaient presque en pyramides. Les os n'étaient point corrodés au-dessous, à l'exception de l'endroit où siégeait la tumeur principale. »

Souvent aussi d'autres tumeurs cancéreuses se rencontrent dans d'autres points du corps. Plusieurs cas semblables ont été présentés à la Société anatomique. Le malade qui en était le sujet portait un assez grand nombre de petites tumeurs cancéreuses isolées, logées entre les deux tables et le diploé, témoin le cas de Tessier rapporté par Chassaignac (thèse de concours, 1848) : cette observation a cela d'intéressant, qu'elle nous fait voir les néoplasmes à divers degrés de leur développement.

Obs. VI. — Une femme, atteinte d'un cancer au sein, présentait des masses cancéreuses dans plusieurs endroits, surtout dans les os du crâne, ou elles étaient au nombre de sept ou huit ; les unes n'étaient qu'apparentes du côté de la face externe de l'os ; les autres étaient comme incrustées à la surface interne ; enfin un noyau cancéreux occupait l'intérieur du diploé emprisonné entre les deux lames compactes. Il semblerait à l'aspect de ce noyau que les formes précédentes n'expriment que les dernières phases d'un

travail, qui a débuté dans le diploé et qui suivant les degrés de la maladie a détruit d'abord une des lames compactes soit externe, soit interne, enfin les deux à la fois. (Tessier. Société anatomique.)

Henkel (Arch., de méd. 1832) cite également une observation, où l'on voyait des tumeur cancéreuses dans plusieurs organes ; il y avait non seulement un fongus médullaire du pariétal, mais encore de la branche montante du maxillaire inférieur et de la surface convexe du foie.

Volume. — Le volume est assez variable ; quelquefois ayant celui d'une aveline, il acquiert d'autres fois des dimensions bien plus considérables : c'est ainsi de l'enfant dont parle Ebermaïer, à qui le volume de la tumeur égalait presque le moitié de la tête ; chez la femme dont Cruveilhier rapporte l'observation, la tumur occupait la moitié de la face et du crâne.

SYMPTOMES

Le début de la maladie passe toujours inaperçu, tant que la tumeur n'a pas acquis un volume assez considérable pour faire saillie au dehors ; de la céphalalgie des douleurs de tête plus ou moins lancinantes, sont les seuls symptômes, symptômes peu constants d'ailleurs, qui marquent cette période. Il est des cas où la douleur de tête siège dans un point de la tête autre que celui du mal, témoin le fait suivant, dont parle Velpeau et qui est dû à Lauth, de Strasbourg.

« Un homme sujet à de violents maux de tête mourut après avoir été trépané. A l'autopsie, on trouva sur le point du crâne diamétralement opposé à celui qui avait été le siège de la douleur entre les deux lames du pariétal, une tumeur fongueuse du volume d'une noix.

Il n'est pas rare d'ailleurs de voir la maladie débuter au milieu de la santé la plus parfaite, sans qu'aucun signe ait pu la faire soupçonner à l'avance.

Dans l'étude des symptômes qui vont suivre, nous distinguerons deux cas avec les auteurs du Compendium, suivant qu'il existe ou n'existe pas une communication entre la tumeur et la cavité crânienne. Nous avons vu plus haut, que la perforation des os n'était pas nécessaire, qu'elle manquait souvent, et que lors-

qu'on la rencontrait ce n'était qu'en dernier lieu, lorsque le néoplasme dans sa marche envahissante avait détruit complètement les os. De là, deux ordres de symptômes bien différents, les uns appartenant exclusivement aux tumeurs crâniennes ; les autres se confondant avec les symptômes des tumeurs de la dure-mère. Dans ce dernier cas, il est fort difficile, sinon impossible de préciser le point de départ, ce n'est guère que s'il a assisté à l'évolution, à la marche progressive du mal que le chirurgien pourra se prononcer sur ce point.

Le premier symptôme est l'apparition de la tumeur ; si elle s'est développée à la face externe du crâne, on reconnaît à la palpation une tumeur d'abord peu considérable, mais s'accroissant peu à peu. La consistance en est très variable ; tantôt dure comme une exostose, tantôt molle et comme fongueuse. Elle est fixe au crâne, sans adhérence avec les téguments, au début du moins. Ces derniers glissent facilement sur la tumeur, et restent le plus souvent intacts sans s'ulcérer pendant un temps relativement de longue durée, ce fait avait vivement frappé les premiers observateurs.

Parvenues à un certain moment de leur évolution, ces tumeurs peuvent donner une fausse impression de fluctuation rappelant celle des kystes et des abcès, cette sensation trompeuse peut être due à une dilatation vasculaire exagérée ; chez les encéphaloïdes, par exemple, la dilatation vasculaire peut être telle, qu'elle forme des poches à cloisons minces et flottantes ; d'autres fois, elle donne lieu à l'existence de véritables

foyers hémorrhagiques. On devra songer à la possibilité de ces faits pour éviter une erreur très possible dans ces cas, témoin le fait suivant rapporté par M. le professeur Duplay. Il s'agissait d'une tumeur cancéreuse développée chez une jeune fille de 16 ans, et présentant une telle apparence de fluctuation que j'hésitai, dit M. Duplay, entre un abcès ossifluent et un cancer ramolli. En semblable occurrence, on doit recourir à une ponction exploratrice pour tâcher de s'éclairer sur la nature de la maladie.

Lorsque la tumeur a son origine sur la table interne, les symptômes sont beaucoup plus obscurs, et ce n'est guère qu'à une période déjà très avancée de la maladie qu'on peut sinon reconnaître, du moins soupçonner l'existence de la tumeur. On rencontre quelquefois dans ce cas, un signe sur lequel Dupuytren (Leçons orales de clinique chirurg.) a beaucoup insisté : par suite de la marche envahissante du néoplasme, la table externe de l'os se ramollit et finit par se trouver réduite à une simple lamelle osseuse; si on vient alors à appuyer les doigts sur l'endroit malade, on produit une crépitation toute particulière. Ce signe qui est excellent, est malheureusement difficile à rencontrer, il répond d'ailleurs à une période qui dure peu. Avec lui, nous commençons à étudier les symptômes communs aux fongus du crâne et de la dure-mère ; il est en effet marqué très nettement dans la première observation de Louis.

Ces tumeurs peuvent être le siège de battements, qu'il importe de distinguer ; les uns peuvent se produire sans qu'il y ait communication entre la tumeur

et la cavité crânienne, ils sont dus à un développement anormal du système vasculaire dans le néoplasme.

Les autres ont besoin de la perforation des os du crâne pour exister ; ce sont des battements artérie isochrones à ceux du pouls, communiqués par les artères de la base du cerveau ; on peut voir en même temps un soulèvement de la tumeur isochrone aux mouvements de la respiration.

L'existence de ces deux derniers symptômes ne saurait laisser un doute sur la perforation des os du crâne.

Nous ne parlerons que pour mémoire de certains phénomènes, tenant au siège particulier de quelques fongus, telles sont la propulsion et la perte de l'œil, dans le cas où le néoplasme se fait jour dans la cavité orbitaire ; la surdité, etc...

On peut observer, mais seulement à une période très avancée de la maladie, des symptômes de compression cérébrale (torpeur intellectuelle, paralysie, etc.). Ces phénomènes ne sont pas constants et cela tient au développement très lent du néoplasme, le cerveau s'habitue peu à peu à cette compression et les troubles sont d'autant moins intenses, et même dans quelques cas ne se montrent pas. On pourra voir par l'observation ci-dessous due à Shindler, jusqu'à quel point peut aller la compression.

Obs. VII. — Une femme âgée souffrait depuis longtemps d'une tumeur ayant acquis le volume d'une tête d'enfant, située au côté droit du front et survenue sans douleurs et sans causes appréciables, l'orbite avait disparu, et l'œil était atrophié. Elle ne souffrait que d'un mal de tête sourd mais peu gênant. On la trouva

morte dans un champ. A l'ouverture du corps, après avoir incisé les téguments on trouva une masse spongieuse qui fendue, laissa voir une substance pulpeuse cérébriforme mêlée d'esquilles et contenant plusieurs cavités grandes et petites, le doigt pénétra à travers le frontal dans la cavité crânienne, après avoir scié le crâne, on vit à la surface interne une tumeur semblable à celle qui se trouvait à l'extérieur, qui remplissait du même côté la portion frontale et orbitaire du crâne, l'ethmoïde du côté droit était dégénéré, et un hémisphère ayant près de deux pouces de diamètre depuis la voûte du frontal jusqu'au sommet de la tumeur, avait, couvert par la dure-mère non dégénérée, réduit à moitié le cerveau de ce côté. La maladie avait eu manifestement le frontal pour point de départ, car des portions osseuses rayonnaient de là en dedans et en dehors de la tumeur, les unes libres, les autres adhérentes (Ebermaïer. Mémoire).

En résumé, nous dirons que lorsque l'on se trouve en présence d'une tumeur crânienne sous-cutanée, molle, pulsatile, animée ou non de battements, on devra songer à une tumeur fongueuse en faisant de grandes réserves sur le point de départ.

DIAGNOSTIC.

Il est souvent malaisé d'établir un diagnostic bien précis dans ces cas ; il est cependant très utile de faire le diagnostic d'une façon aussi complète que possible, non seulement au point de vue de la nature du produit néoplasique, mais encore eu égard à l'étendue des lésions, toutes choses qui doivent entrer en ligne de compte si l'on se décide à intervenir.

On a confondu autrefois, la carie et la nécrose avec les tumeurs fongueuses du crâne, une pareille erreur ne serait aujourd'hui guère possible ; il suffit de se rappeler que la carie et la nécrose produisent constamment et de bonne heure des abcès et des fistules, tandis que dans les cancers du crâne, les téguments ne s'ulcèrent qu'à une période déjà très avancée de la maladie.

Quant aux cancers des téguments, les tumeurs du tissu osseux, s'en distingueront par l'adhérence de leur base aux os du crâne, la mobilité des téguments sur elles. Pour connaître si les os ont participé à la dégénérescence, et jusqu'à quel point, on pourrait, comme l'indique Chassaignac avoir recours à la méthode de Middelporf, et explorer la surface osseuse à l'aide d'un instrument pointu (méthode akidopérastique).

Nous arrivons maintenant à l'étude des tumeurs,

qui par leur volume ou leur consistance se rapprochent des diverses tumeurs malignes que l'on rencontre et qui pourraient induire en erreur.

Nous avons en premier lieu l'encéphalocèle ; ici les antécédents éclairciront le chirurgien ; l'encéphalocèle est une tumeur congéniale, tandis que celles qui font le sujet de cette étude n'apparaissent que plus tard; ou bien, c'est à la suite d'un traumatisme, d'une opération ayant produit une large ouverture dans les os du crâne qu'apparaît l'encéphalocèle, de plus il ne s'accompagne d'aucune douleur.

On ne les confondra pas avec les pneumatocèles, tumeurs lisses, sonores à la percussion; de plus, elles sont quelquefois réductibles et se tendent sous les efforts du malade. Elles disparaissent d'ailleurs rapidement par suite de l'évacuation du gaz et d'une compression destinée à empêcher la récidive.

Les exostoses peuvent faire songer à une tumeur maligne du crâne ; mais les antécédents syphilitiques, la marche de la maladie éclaireront le chirurgien.

Les anévrysmes peuvent donner lieu à des erreurs ; dans l'un ou l'autre cas, on observe des battements artériels, mais dans le cas d'anévrysme ces battements sont suspendus, si l'on vient à comprimer exactement la carotide. « La compression de la carotide primitive dit Chassaignac, influe beaucoup sur l'anévrysme et peu sur le fongus, parce qu'il reçoit l'impulsion des artères de la base du cerveau sur lesquelles la compression de la carotide a peu d'influence. »

Quant aux tumeurs veineuses, elles s'en distingueront par leur grande réductibilité, elles donnent à la

pression la sensation d'une poche liquide qui se vide, de plus on peut faire varier leur volume en faisant prendre à la tête différentes positions. Les kystes sanguins qui par leur fluctuation peuvent donner lieu à des erreurs, seront reconnus par un moyen que l'on ne doit jamais négliger d'employer, c'est-à-dire la ponction exploratrice.

Nous arrivons maintenant au diagnostic différentiel entre les fongus de la dure-mère et les fongus du crâne proprement dits, il n'est pas aisé d'établir une ligne de démarcation bien tranchée et bien nette entre ces deux affections; dans la grande majorité des cas, il est presque sinon impossible de préciser le point de départ; d'ailleurs il est une période où ils finissent par se confondre et ce ne serait alors qu'au début qu'on pourrait les séparer.

Les distinctions entre ces deux affections ne sont pas nombreuses. Pour Chélius, il n'y aurait qu'un seul signe différentiel; ce serait la réductibilité de la tumeur, les fongus de la dure-mère seraient réductibles, tandis que ceux du crâne ne le seraient pas. Ce serait là, en effet un bon caractère, s'il ne manquait pas si souvent, après avoir perforé le crâne, la tumeur s'élargit sous les téguments et dépasse les bords de l'ouverture qu'elle a faite.

Nous trouvons des renseignements précieux dans la marche de la maladie; c'est ainsi que dans le cas de fongus de la dure-mère, il se produit rapidement des lésions cérébrales, des phénomènes de compression, tels que vomissements, syncopes, paralysie; dans les fongus du crâne, nous voyons ces faits ne se produire

qu'à la période ultime; de plus ces derniers sont généralement indolents.

L'anatomie pathologique nous fournit elle aussi des caractères différentiels. Si l'on examine les bords de l'ouverture faite par le fongus à travers les os du crâne, on verra que ces bords sont taillés en biseaux, aux dépens de la table interne dans le cas de fongus de la dure-mère et aux dépens de la table externe, dans le cas de fongus de la table externe.

MARCHE. — PRONOSTIC.

Ces tumeurs constituant une affection essentiellement chronique, ont une marche très lente, elles peuvent rester durant des années limitées aux os. Lorsque le cancer est secondaire, la marche est plus rapide, cela se conçoit aisément par suite de l'infection généralisée de tout l'organisme. Les cancers primitifs ont une durée excessivement variable, qui dans quelques cas, à la suite de circonstances qui nous échappent, peut aller jusqu'à 40 ans. C'est ainsi que le malade de Græffe ne succomba qu'après 37 ans, un enfant dont parle Sneider vécut encore cinq ans; le malade, dont Dumas a rapporté l'histoire à la Société de Chirurgie (1858), ne succomba qu'après 27 ans; c'était dans ce dernier cas une tumeur fibro-plastique.

Cependant il ne faudrait pas croire que cela est toujours la règle, même en laissant de côté le chloroma dont la marche comme nous l'avons vu est excessivemet rapide, il est des cas où la durée est beaucoup plus courte; c'est ainsi que Chassaignac rapporte une observation due à Godard ou la mort arriva en seize mois chez une femme de 62 ans. Le cancer a une marche toujours progressive, et il ne rétrograde pas, la présence de la dure-mère en borne le développement du côté du cerveau, à moins que cette membrane ne

participe elle-même à la maladie ; la production morbide fait des progrès plus rapides du côté du tissu osseux, qui usé peu á peu se crible d'une multitude de vacuoles ou l'on voit pénétrer les bourgeons cancéreux ; mais la dure-mère elle-même finit par être envahie, car il ne faut pas oublier que le cancer ne respecte que dans des proportions très restreintes les tissus qu'il avoisine.

Aussi le pronostic est toujours mauvais, et l'on comprendra sans peine que le cancer des os du crâne sera infiniment plus dangereux que sur tout autre point du tissu osseux par suite de la perforation des os du crâne, la compression et les altérations diverses des méninges, qui peuvent en être la conséquence. On doit, cependant pour le porter tenir compte de l'ancienneté du volume de la tumeur, et des troubles qu'elle détermine ; peut-être même le pronostic, sera-t-il jusqu'à un certain point atténué par la nature fibro-plastique de la tumeur. Le cancer se termine nécessairemeat par la mort qui peut être le résultat, soit de l'épuisement produit par des suppurations ou des hémorrhagies répétées, soit de la cachexie soit encore de quelques troubles encéphaliques; c'est même ce qui arrive le plus fréquemment ; la mort est produite par des accidents symptomatique dus à la compression cérébrale.

Nélaton (Pathol. Chirurg.) cite un cas assez curieux ou il vit un ostéo-sarcome disparaître par résorption produisant une déperdition de substance ; le fait est assez rare pour que nous en donnions un court résumé.

Obs. VII. — Un homme, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 28 octobre 1844. Deux mois avant son entrée il souffrit de douleurs pulsatiles sur les parois du crâne, qui furent bientôt suivies de tuméfaction. A son entrée, il porte sur le cuir chevelu quatre tumeurs, deux dans la région pariétale et deux sur le sommet du crâne. Elles sont adhérentes aux os, pas douloureuses et ont la consistance du squirrhe. Les téguments frent pas de trace d'inflammation. A aucune époque, il n'y a eu de troubles de sensibilité, ni des mouvements, ni des fonctions des organes des sens. Au bout de quelques jours, ces tumeurs deviennent pulsatiles et disparaissent à la fin de novembre en laissant à leur place une dépression dans les parois du crâne.

Peu de temps après, ce malade revint de nouveau à l'hôpital où il mourut d'une pleurésie. Vingt jours auparavant, une tumeur nouvelle s'était montrée dans la fosse temporale gauche; à aucun moment on avait vu des symptômes de compression cérébrale. A l'autopsie, on vit que cette tumeur avait perforé les os et reposait sur la dure-mère, elle était constituée par du tissu encéphaloïde. Dans les autres points, il n'y avait aucune tumeur, mais seulement une matière brunâtre semi-liquide semblable à celles que l'on rencontre à la suite d'épanchements sanguins incomplètement absorbés. Le cerveau était sein, l'humérus droit présentait au-dessus du coude une tumeur analogue à celle du crâne.

Quoique très rares, des cas analogues à celui-ci ont été vus, M. Monod a vu ainsi disparaître une tumeur encéphaloïde de l'orbite, qui après avoir disparu se reproduisit. Berard qui l'extirpa reconnut sa nature cancéreuse.

Obs. IX. — Sarcome fuso-cellulaire de la région temporale étendu consécutivement à toute la partie droite de la face, par René Le Clère. interne des hôpitaux. Progrès médical du 4 juin 1881).

Le nommé X... entre, le 4 juillet 1880, dans le service de M. Périer, salle Saint-Cristophe, n° 44. Cet homme raconte qu'il a toujours eu une santé débile. Il est sujet à des douleurs rhuma-

tismales. Du côté des parents, on note que la mère est morte jeune après quatre grossesses et que le père a succombé vers 78 ans à un carcinome de l'estomac. Pour lui il a eu huit enfants dont un mort a 8 ans; les autres vivants jouissent d'une bonne santé. Au mois de mai 1879, le malade tomba sur le coin d'une table en bois, c'est la région temporale qui supporta le choc; quinze jours après commença à se développer une petite tumeur dont on n'avait pas soupçonné l'existence antérieure. Cette production morbide grossit très vite; si bien que quatre mois après le début, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Aucun phénomène bien saillant du côté de la tumeur, si ce n'est des douleurs névralgiques passagères à ce niveau. Le traitement suivi par le malade a été le suivant. Durant le mois de juillet, iodure de potassium, au mois d'août des pilules de mercure; en septembre et octobre, traitement ioduré intra et extra. Au mois de novembre, il vit M. le professeur Verneuil, qui lui prescrivit des onctions d'onguent napolitain sur la tumeur, et même pratiqua une ponction qui donna issue à un peu de matière jaunâtre et à quelques gouttes de sang :

Etat actuel. Le malade qui est très maigre et ne mange presque plus, présente une tumeur occupant la face temporale droite s'étendant à la région parotidienne. Du côté interne elle pousse des prolongements du côté de la fosse zygomatique et même gagne la fosse nasale droite. Il y a refoulement en avant de tout le globe de l'œil avec chémosis considérable, toutefois la vision n'est pas abolie. La partie appréciable de la tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme. A ce niveau, la peau est amincie et d'une couleur rouge vineuse, si on palpe cette production morbide, on y trouve alternativement des points durs et des parties plus molles, mais qui ne donnent pas la sensation de cavités kystiques.

Névralgies dans le côté droit de la face.

20 septembre. La tumeur a pris une extension rapide vers les régions non encore atteintes, elle occupe maintenant les deux tiers supérieurs de la région massétérine et se prolonge vers la cavité buccale. Difficulté extrême pour ouvrir la bouche.

Les paupières ont à peu près disparu et le globe de l'œil réduit à un moignon inutile proémine en avant du plan de la face reposant sur une masse de tissu morbide. Le sinus maxillaire est

envahi par le sarcome et forme une saillie énorme au-dessous de l'œil. Depuis ce jour le malade n'a fait que décliner, ne mangeant plus, privé de sommeil, et s'est éteint sans effort et sans avoir jamais présenté le moindre phénomène de compression cérébrale.

Autopsie. — Pour enlever la tumeur complètement, il est nécessaire de scier la calotte crânienne, car le néoplasme a détruit les os à ce niveau et pénétré dans le crâne. Il existe une perte de substance portant sur le temporal, une légère partie du frontal ou du pariétal. Cette perte de substance est limitée par un bord crénelé anfractueux présentant les lésions microscopiques de l'ostéite raréfiante. Le produit morbide a détruit la dure-mère, a soulevé l'hémisphère droit de l'encéphale de telle façon que les circonflexions frontales inférieures ont été relevées et sont devenues externes. La voûte de l'orbite ainsi que son plancher n'existent plus. Absence à peu près complète du maxillaire supérieur et des deux tiers supérieurs du maxillaire inférieur du côté droit. La tumeur pèse 180 grammes. En la coupant, on trouve des parties dures avec des points extrêmement mous, gélatiniformes, faisant penser à priori, à nne dégénérescence colloïde du tissu morbide.

Le cerveau est sain.

L'examen histologique de la tumeur a montré que la structure était en tous points identique à elle-même, aussi bien dans les parties dures que dans les parties molles. C'est du sarcome à grandes cellules fusiformes avec plus ou moins de substance intermédiaire. Quant aux lésions osseuses, ce n'est que de l'ostéite raréfiante pure.

Reflexions. — Dans cette observation deux points ressortent ; le premier est l'influence du traumatisme venant agir comme cause déterminante sur un individu déjà soumis à l'influence héréditaire.

Le second fait frappant, c'est le volume considérable atteint par la tumeur, son invasion dans la cavité crânienne sans qu'il y ait eu des phénomènes de compression cérébrale.

Obs. X. — Tumeur encéphaloïde de la région pariéto-frontale (personnelle).

Le nommé X... âgé de 26 ans entre le 15 avril 1878 dans le service de Mr Tillaux, salle Saint-Vincent no 19.

Cet homme raconte qu'il y a un an, il s'est aperçu qu'il portait à la région pariéto-frontale-droite une tumeur grosse comme une noisette, et qui serait survenue sans douleur et sans causes appréciables; le malade ne se souvient pas d'avoir reçu des coups à cet endroit. Du côté des antécédents, il n'y a rien à noter, aucun antécédent syphilitique ni héréditaire.

Cette tumeur s'accroît jusqu'à acquérir en trois mois la grosseur d'un œuf de poule; le malade alla alors consulter un médecin qui fit une ponction exploratrice, cette ponction aurait donné issue au dire du malade, a du sang rouge puis il fit une application de caustique. La tumeur aurait alors disparu. Quand au mois de janvier dernier au niveau de la cicatrice le malade s'aperçut de la présence de deux nouvelles petites tumeurs situées l'une derrière, l'autre, et parfaitement distinctes, par suite de leur croissance ces tumeurs alors séparées deviennent confluentes, et aujourd'hui elles n'en font plus qu'une,

État actuel. — Aujourd'hui nous nous trouvons en présence d'une tumeur de la grosseur du volume du poing environ, immobile, à peu près régulière, légèrement bosselée, sans bourrelet induré; il n'y a ni altération, ni adhérence des téguments. La pression ne provoque pas d'accidents cérébraux, ni éblouissements, elle n'est pas réductible. Pas de bruits de souffle, ni de battements propres à la tumeur; la toux ne donne lieu à aucun symptôme et la main appliquée sur la tumeur ne sent rien lorsque le malade tousse. L'état général du malade n'était pas trop mauvais quoiqu'il se soit amaigri dans ces derniers temps ; il accuse de temps en temps un peu de céphalalgie.

24 avril. — Ponction exploratrice, cette ponction donne issue a du sang rouge et des caillots. M. Tillaux fait alors une large incision dans le sens antéro-postérieur de la tumeur; on est alors en présence d'une tumeur semi-solide couleur lie de vin, qu'au premier abord on aurait pu prendre pour la substance cérébrale ; le tissu osseux est détruit en très grande partie et dans quelques points n a dure-mère à nu. On reconnut à l'examen qu'on se trouvai

en présence d'un encéphaloïde ayant probablement débuté par la table externe. Pansement à l'acide phénique au 1/50.

Le 26. Le malade est pris de vomissements et accuse une vive céphalalgie. T. 38, 9, matin.

1er Mai. — Les symptômes précédent se sont dissipés peu à peu et aujourd'hui il n'y a plus trace de phénomènes généraux.

Le 15. Hémorrhagie assez considérable, que l'on parvient à arrêter par un pansement au perchlorure.

Le 24. Les hémorrhagies ont cessé mais le malade s'affaiblit beaucoup, il ne mange pas, se plaint de violents maux de tête, la suppuration est abondante et fétide.

Il va ainsi s'affaiblissant de jour en jour par suite de la suppuration et des hémorrhagies qui reviennent assez fréquemment, jusque vers le 15 juin, époque où il sort de l'hôpital dans un état de faiblesse extrême, pour rentrer dans sa famille.

Obs. XI. — Tumeur fibroplastique, considérable des os du crâne (observat. recueillie et présentée par le docteur Dumas, Société de chirurgie, 1858).

M. S... jouissant d'une bonne santé habituelle, sans aucun antécédent syphilitique est pris en 1837 de douleurs pulsatiles dans la fosse temporale droite ; et il se produisit un soulèvement et une distension graduelle de cette partie, accompagnés d'élancements violents augmentant d'intensité par intervalle, mais pas plus la nuit que le jour ; santé générale bonne malgré ces douleurs. Un mois après l'apparition de cette tumeur M. S... suivit un traitement à l'iodure de potassium.

Pendant près de deux ans, à la suite du traitement il y eut une sorte d'amélioration ; plus tard le volume de la tumeur augmentant Gerdy, Cloquet et Roux furent consultés, ils diagnostiquèrent une périostose, et, malgré l'absence de toute affection syphilitique, ils conseillèrent de nouveau l'iodure de potassium, avec frictions mercurielles locales. Ce traitement fut incomplètement suivi et la tumeur abandonnée à elle-même fit des progrès, quoique lents. Bornée d'abord à la fosse temporale, elle s'étendit jusqu'à l'arcade orbitaire et zygomatique, jusqu'à la racine de l'oreille et la partie moyenne du temporal, en formant une bosse arrondie, dure et un peu douloureuse au toucher.

4 septembre 1849. — La tumeur a horizontalement 7 cent. 1/2

d'étendue et en hauteur 6 cent. Jamais il n'y a eu ni fluctuation, ni battements appréciables, l'artère temporale prend un volume considérable.

20 décembre 1853. La mémoire commence à se perdre, la vue du côté, droit s'affaiblit et l'œil paraît plus gros; peu à peu la jambe droite devient plus faible et la marche plus difficile, toutefois les deux bras ont conservé la même force et la même liberté ; vertiges, éblouissements.

Dès ce moment la maladie ne cesse de faire des progrès ; la mémoire se perd de plus en plus, il se produit une incontinence d'urine incomplète.

8 janvier 1858. Il fut pris d'une congestion cérébrale avec pert de connaissance et contracture des membres. Cette attaque entraîna la mort.

Autopsie. On trouva les os du crâne parfaitement sains, excepté à la tempe droite, où le tissu osseux présentait une voussure remarquable; le muscle temporal qui le recouvre est pâle, aminci. Après avoir scié le crâne, on vit le cerveau sain, mais présentant vers la face externe une dépression très notable suivant une ligne courbe, dont la cavité correspondait à la fosse temporale, où siégeait une tumeur rouge parfaitement lisse, ayant le volume de la moitié d'une grosse orange, et couvrant par son bord inférieur presque toute la surface du rocher.

Cette tumeur s'engageait profondément dans la scissure de Sylvius, en soulevant et comprimant à la fois les deux tiers postérieurs du lobe antérieur, sous lequel elle était logée, tandis que les deux tiers du lobe moyen, comprimés par la tumeur, étaient fortement amincis et comme atrophiés. Outre la tumeur placée dans la fosse temporale, il en existait une autre à peu près semblable, mais moins volumineuse, développée sur la face externe du temporal; par sa base, elle correspondait exactement à celle qui existait à la surface interne, mais elle était moins volumineuse.

Les os ont pris une large part à la formation de cette tumeur; le temporal, dans sa portion écailleuse, est notablement hyperostosé, et cette hyperostose s'est étendue à la voûte orbitaire formée par la portion horizontale du front, qui a atteint une épaisseur d'un centimètre. Les deux faces de la portion écailleuse sont, en outre, hérissées de nombreuses stalactites osseuses, disposées perpendiculairement à ces faces, et se rendant dans chacune des tumeurs.

A la face orbitaire du coronal, en avant du trou optique, est située une petite tumeur du volume d'une petite noisette, identique d'aspect avec la tumeur crânienne; elle devait comprimer le nerf optique, et concourir elle aussi à l'exophthalmie.

La structure de ces tumeurs fut examinée par Follin, qui n'y trouva que des éléments fibro-plastiques.

Réflexions. — Cette intéressante observation montre d'une façon complète le développement et la marche des tumeurs fibro-plastiques péri-osseuses, où l'ossification est presque constamment la règle; la partie du temporale était le siège d'une hyperostose si marquée, l'os, dit l'auteur, avait acquis une telle dureté qu'il était comme éburné et que la scie avait peine à le pénétrer.

De plus nous voyons deux tumeurs correspondantes séparées par l'os, mais identiques, cela arrive assez souvent lorsque les tumeurs fibro-plastiques occupent les os larges; lorsque l'une des tables est attaquée, l'autre devient également le siège d'une tumeur analogue. Enfin, pour terminer, nous voyons que dans le cas ci-dessus la mort est arrivée par compression cérébrale ; c'est la terminaison la plus fréquente des tumeurs fibro-plastiques, qui ne donnent lieu ni à des suppurations, ni à des hémorrhagies.

TRAITEMENT.

Dans la grande majorité des cas l'on ne pourra avoir recours qu'au traitement palliatif destiné à soulager sinon à guérir les malades. Cependant, dans certaines variétés de tumeurs cancéreuses, surtout sarcomateuses, développées dans la table externe de l'os ou dans la couche sous-périostique, on peut opérer l'ablation complète de la tumeur avec quelques chances de guérison.

Malheureusement il arrive trop souvent qu'il n'en est pas ainsi, soit par suite de l'extension de la maladie, soit que par suite de son point de départ dans le diploë ou la table interne, il existe une communication entre la cavité crânienne et la tumeur, et il est alors absolument impossible de préciser si l'on a affaire à un fongus du crâne ou de la dure-mère. Arrivé donc à ce point de la question, nous sommes obligé d'embrasser à la fois le traitement des fongus crâniens et de la dure-mère; qui ne peut guère s'étudier séparément, car le plus souvent lorsque le chirurgien verra le malade il lui sera de toute impossibilité de préciser le point d'origine du mal. La question de l'intervention chirurgicale se posera ici avec toutes ses difficultés et toutes ses réserves, d'autant plus difficile à résoudre qu'elle offre dans le cas présent infiniment plus de dangers que partout ailleurs, et l'hésitation

sera d'autant plus permise que l'on se trouve en présence d'une nombreuse série d'échecs, ayant hâté l'issue fatale.

Nous croyons néanmoins, qu'il y a des cas où le chirurgien peut et doit intervenir, notre conviction s'est faite par la lecture et par l'analyse scrupuleuse des diverses observations que nous allons exposer plus bas. Avant d'aller plus loin, nous devons dire que l'extirpation n'amènera un résultat qu'à la condition d'être complète ; la trépanation sera là un moyen adjuvant, qui permettra de circonscrire nettement la tumeur, d'arriver jusqu'à son point d'implantation, donnant ainsi à l'opérateur le moyen d'enlever toutes les parties atteintes.

Les divers auteurs qui ont écrit sur le sujet ont tous admis, tout en faisant les plus grandes réserves, la possibilité d'une intervention chirurgicale; c'est ainsi que Louis écrit dans son mémoire ces avis recommandant la plus grande circonspection : « Les secours de l'art ne pourront être administrés avec quelque chance de succès que dans les cas où la tumeur sera unique, circonscrite, et qu'eu égard aux parties environnantes elle pourra être attaquée dans toute sa circonférence. »

Boyer approuve l'opération dans le cas où la tumeur fait des progrès continuels menaçant la vie du malade, lorsque les circonstances locales ne sont pas défavorables.

Voici quelles contre-indications formelles il donne plus loin, contre-indications que nous ne saurions mieux faire que de reproduire dans leur entier :

« La saillie d'un œil ou des deux yeux, le strabisme, la perte de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, une douleur fixe dans une partie de la tête plus ou moins éloignée de la tumeur sont autant de circonstances qui contre-indiquent l'opération en faisant craindre la présence d'une autre tumeur fongueuse à la base du crâne ou dans un autre endroit. Le trouble de l'intelligence, la perte de la mémoire, l'hémiplégie, la faiblesse musculaire, sont également le résultat d'une altération du cerveau qui doit faire renoncer à toute opération. Enfin lorsque la tumeur a un volume trop considérable ou qu'elle n'est pas seule ; lorsqu'enfin le malade est considérablement affaibli ou entaché de quelque vice scrofuleux, toute idée d'opération doit être rejetée. Il ne sera donc permis de recouvrir à l'opération que lorsque la tumeur sera unique, peu volumineuse, circonscrite, et qu'elle pourra être attaquée dans toute sa circonférence ; lorsqu'il n'y aura aucun soupçon de complication, que le malade sera d'une bonne constitution et désirera vivement être débarassé de son mal. » (Boyer. t. IV.)

Velpeau écrit dans le dictionnaire en 30 vol. : « Je n'hésite pas à dire que l'extirpation est indiquée au crâne comme partout ailleurs, et que là elle offre aussi les mêmes contre-indications que les autres cancers. Il faut convenir néanmoins que par elle-même l'ablation des cancers profonds du crâne est infiniment plus dangereuse que sur aucune autre région du corps, et que ces dangers joints aux chances malheureuses qui ressortent de la maladie sont de nature à rendre infiment circonspect. »

Nélaton se montre peu partisan de l'intervention chirurgicale : « Doit-on recourir, dit-il, à la médecine opératoire, pour guérir les malades? Il y a des raisons fort graves qui militent contre toute intervention chirurgicale. » (*Patholog. chirurg.*)

Si nous examinons maintenant les nombreuses observations qui nous ont été transmises, une chose nous frappe à première vue, c'est la grande quantité de résultats malheureux; mais en y regardant de plus près, nous voyons que ces échecs trop nombreux ne sont cependant pas par eux-même de nature à faire repousser toute opération chirurgicale. En effet nous voyons que dans un très grand nombre de cas l'extirpation n'a pas été complète; une hémorrhagie qui nécessita la ligature de dix artères empêcha de la terminer dans le cas de Walther. Dans l'observation de Volprecht, on n'acheva pas la trépanation de peur d'arriver sur la protubérance occipitale. D'ailleurs en lisant cette observation avec soin, on voit qu'il existait des contre-indications formelles, et que l'on aurait pu prévoir l'issue malheureuse : il existait en effet, de la surdité, des douleurs fixes du côté de l'ethmoïde, toutes choses qui devaient faire soupçonner l'étendue du mal ou la coexistence d'autres tumeurs. L'autopsie fit voir en effet que le néoplasme s'étendait jusqu'aux nerfs optique et acoustique et remplissait en partie le trou occipital.

Dans d'autres cas on se borna à des incisions (cas de Sivert, Courtavoz et Choppart), dans ces trois cas les malades moururent le lendemain ; le danger de pareilles tentatives fait que nous ne pouvons accepter

le conseil donné par M. le professeur Duplay d'exciser la partie de la tumeur extérieure à la boîte osseuse (Path. chirur. t. III); ce serait là une pratique dangereuse que l'on ne saurait conseiller malgré l'exemple donné par Graeffe.

Sur une dame âgée de 56 ans ayant deux tumeurs, l'une à la région occipitale, l'autre à la région pariétale, il pratiqua l'ablation de la tumeur occipitale. Cette tumeur était fixée au crâne par un tissu cellulaire très dense ; après avoir détaché ce tissu, il trouva un rebord osseux qui semblait circonscrire une grande ouverture du crâne. Graeffe enleva la tumeur au niveau de cette ouverture et après avoir arrêté l'hémorrhagie de sang noir qui se produisit alors, il vit une masse de nature encéphaloïde, qui remplissait l'ouverture. N'ayant pu circonscrire la tumeur, il s'arrêta, remit en place les lambeaux de la plaie, qui se cicatrisa en cinq semaines. Mais la tumeur reparut et sept mois après le malade succomba. » (Graeffe. Arch. gén. Med. 1828.)

Dans l'observation de Siebold l'extirpation ne put pas être faite, la malade mourut durant l'opération ; la tumeur située à la région occipitale s'était ouverte spontanément en produisant une hémorrhagie épouvantable que rien ne put arrêter, et c'est en désespoir de cause que Siebold tenta l'opération.

Pour juger de la valeur réelle de l'extirpation, nous ne pouvons faire entrer ces faits en ligne de compte, nous les laisserons de côté ne parlant que de ceux où l'extirpation a été franchement terminée, ceux-là nous donnant des résultats un peu moins fâcheux.

La première opération franchement terminée fut faite par Grosman (1695), à 3 jours d'intervalle il appliqua trois couronnes de trépan sur une tumeur située au sommet de la tête, puis on enleva les intervalles osseux entre les couronnes de trépan, chose qui fut faite à plusieurs reprises ; il y eut quelques douleurs qui se dissipèrent rapidement et la guérison s'établit d'une façon durable.

L'Espagnol qui fait le sujet de l'observation de Séverin fut guéri par le trépan. Klein guérit deux fois en deux ans le même malade au moyen de la trépanation, mais il croit que les glandes de Pacchionni étaien le siège du fongus. Dans un autre cas son malade mourut au bout de treize jours.

Denonvilliers, qui cite les premières observations rapportées plus haut (thèse de concours), parle d'un cas dû à la pratique de Dupuytren. Ce dernier avait appliqué pour une tumeur fongueuse de la dure-mère une vaste couronne de trépan qu'il avait fait construire à cet effet. La mort survint quelques jours après par suite d'une inflammation des méninges.

Le malade mourut également dans le cas dû à Bérard, mais il fallut appliquer 16 couronnes de trépan et enlever une portion du sinus longitudinal. Voici quelques détails instructifs sur cette opération remarquable par les difficultés qu'elle offrait :

« Après avoir incisé les téguments et mis la tumeur à nu, les os furent ruginés et 6 couronnes de trépan appliquées circonscrivirent un tiers environ de la tumeur ; les pouls osseux qui séparaient chaque couronne furent coupés avec les tenailles incisives, puis

pansement simple. Le lendemain, on acheva de cerner la base de la tumeur, il fallut 10 couronnes de trépan ; la totalité de l'ouverture avait une forme ovalaire dont le grand diamètre antéro-postérieure mesurait 5 pouces et le transversal 4. La dure-mère circulairement découverte était saine ; on l'incisa et on l'enleva ainsi que la tumeur, de telle façon que l'on eut la certitude de n'avoir rien laissé. Quelques secondes à peine s'étaient écoulées après l'excision, que le malade fut pris de convulsion et de perte de connaissance ; pensant que ces phénomènes étaient dus à la brusque soustraction d'une partie de l'enveloppe résistante du cerveau, Bérard appliqua sur la partie dénudée de l'organe un morceau d'agaric sur lequel on pressa modérément avec la paume de la main. Presqu'aussitôt les convulsions cessèrent et l'intelligence reparut. La nuit se passa sans accident, mais le lendemain il y eut du délire, des mouvements désordonnés des membres, et après des alternatives de prostration et d'agitation la mort survint trente-sept heures après l'opération. » (Bérard, Gaz. méd., 1835.)

Pecchioli fut plus heureux dans le cas suivant qu'a rapporté la Gazette médicale de 1838 :

Un cultivateur âgé de 46 ans présentait une vaste tumeur à la région occipitale droite, dont la surface ulcérée et fendillée laissait écouler du sang sous la pression ; par ses bords, cette tumeur était adhérente aux téguments. L'apparition de cette tumeur avait été précédée de violents maux de tête, à la suite d'une chute elle s'était ulcérée, la masse de la tumeur était le siège de pulsations.

Une fois décidé à l'opération, Pecchioli incisa et disséqua les téguments de façon à mettre la tumeur à nu jusqu'à la base. Il vit alors que la voute crânienne était perforée par deux ouvertures irrégulières qui donnaient issue à la tumeur ; par la pression on produisait des symptômes de compression cérébrale. Pecchioli fit sauter à l'aide de la gorge et du maillet le front osseux intermédiaire, ce qui permit de voir les limites de l'implantation de la tumeur. Trois couronnes de trépan furent appliquées autour du fongus ; la tumeur adhérait faiblement à la dure-mère ; il la disséqua et l'excisa avec une partie de la dure-mère. Il se fit consécutivement une exfoliation considérable des bords de la plaie ; la guérison fut néanmoins parfaite et durable. » (Pecchioli, Gaz. med.)

Nous ne ferons que mentionner le cas qui fait le sujet de l'observation d'Orioli. Dans ce dernier cas l'extirpation ne fut pas complète ; il n'y a qu'à lire ce qu'il écrit (Gaz. med., 1834; p. 410) : « J'en emportai autant que je pus, dit-il, en largeur et en profondeur. » Cela suffit pour montrer qu'il n'avait pas enlevé tout le mal ; la gangrène vint achever son œuvre et terminer la guérison.

Billroth rapporte le cas d'un malade qui, en vingt-trois ans, subit 5 fois l'extirpation du sarcome à cellules fusiformes, situé à la région occipitale ; le mal récidiva encore et le malade finit pas succomber dans le marasme alors que l'occipital avait presqu'entièrement disparu. (Billroth, Traité path. des tumeurs).

Plus près de nous, au dernier congrès des chirurgiens allemands tenus à Berlin, sous la présidence du professeur Von Langenbek, ce dernier présenta le cas suivant :

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, chez laquelle se développa en 1867 un cancroïde du frontal à droite. La tumeur fut extirpée à trois reprises, en 1874, 1878 et 1879 ; la troisième fois on eut recours au trépan. Nouvelle récidive au commencement de l'année courante. Cette fois, le chirurgien enleva du même coup un large fragment d'os et la portion de la dure-mère envahie par le néoplasme, sauf la portion centrale ; à ce niveau la tumeur avait perforé la dure-mère pour envahir la pie-mère. On fit le pansement de Lister ; le morceau de la dure-mère laissé en place tomba spontanément entraînant avec lui un peu de substance cérébrale. Au moment où le chirurgien montrait le sujet, la plaie était tapissée de granulations de bonne nature, il n'y avait pas d'accidents cérébraux et tout portait à croire que la guérison serait complète. » Gaz. méd, juin 1881.)

Ces faits, quoique peu nombreux, peuvent cependant suffire pour légitimer en certains cas l'intervention chirurgicale, qui ne pourra être utile qu'à condition que l'observateur n'oublie pas les nombreuses contre-indications qui existent trop souvent. Tenter l'opération comme ressource désespérée n'est pas d'une saine pratique chirurgicale ; il ne faut l'entreprendre qu'avec des chances suffisantes de succès, qu'avec la certitude de pouvoir enlever tout le mal, sinon l'on verrait le cancer non récidiver, mais se continuer, suivant la belle expression d'Ollier. Il ne faut pas oublier que le cancer du crâne est très souvent multiple, soit dans divers points du crâne, soit dans divers points de l'économie ; que dans le cas de

tumeurs fibro-plastiques, lorsque l'une des tables est le siège du mal, l'autre peut également porter une tumeur analogue (*obs. Dumas*). Nous ne saurions mieux faire, pour terminer, que de reproduire, d'après Nélaton, les circonstances qui sont nécessaires pour que l'on puisse opérer. Il faut :

1° Que l'on puisse apprécier toute l'étendue de la tumeur, en déterminer avec exactitude ses rapports avec les organes voisins;

2° Que les parties molles soient intactes dans une étendue qui permette de faire des lambeaux suffisants pour recouvrir la plaie qui succédera à l'ablation de la partie dégénérée.

L'on voit par ce qui précède que l'opération est souvent contre-indiquée, mais si l'on se décide à la tenter, nous croyons qu'il serait bon, au préalable, de suivre le conseil de Chassaignac, qui veut qu'on éclaire le malade et ceux qui l'entourent sur tout le danger qu'entraîne cette tentative, pour ne pas assumer une responsabilité terrible, si les résultats foudroyants venaient a se réaliser. Quant au manuel opératoire, voici le procédé conseillé par Velpeau, et que nous croyons être celui le plus pratique : « Conserver autant de téguments crâniens qu'il serait possible; des couronnes de trépan seraient ensuite appliquées tout autour de la tumeur, et les angles osseux intermédiaires détruits avec une scie *ad hoc*, ou bien avec le ciseau et le maillet de plomb. Si la tumeur n'occupait que les os, le chirurgien l'enlèverait sur le champ, sans inciser la dure-mère. Dans le cas contraire, il ne faudrait pas hésiter à cerner toute la production mor-

bide, en y comprenant un cercle encore sain de la dure-mère. » Durant l'opération, le chirurgien doit se tenir prêt à remplacer de suite, d'une façon artificielle, la compression que la tumeur exerçait sur l'encéphale. On se souvient des accidents qui se produisirent chez le malade de Bérard, dès que la tumeur fut extirpée, accidents qui disparurent, dès qu'une compression fut établie à la place des parties qui venaient d'être détachées.

Il faudra que cette compression soit exécutée au moyen d'un pansement convenable.

Traitement palliatif. — Ce dernier est le seul, qu'on aura à employer dans la grande majorité des cas ; il ne doit avoir pour but que de soulager le malade. Pour remplir cette indication, nous aurons recours aux narcotiques : à l'opium, à la morphine, qu'il faudra employer à doses graduellement ascendantes, car l'organisme s'y habitue à la longue.

Il faut rejeter et proscrire rigoureusement toute application de topiques irritants sur la tumeur. L'expérience a déjà démontré depuis longtemps quelle funeste influence exerçaient de pareilles tentatives sur la marche d'une maladie déja si redoutable et si insidieuse par elle-même.